



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Verbeterdoelen  
msz**

**2025**

Voor ziekenhuizen en particuliere klinieken

In samenwerking met

FMS	Federatie Medisch Specialisten
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



# Inhoud

<b>Wat is ‘Verbeterdoelen msz’?</b>	<b>4</b>
<b>Gebruikershandleiding</b>	<b>5</b>
<b>Verbeterdoelen msz</b>	<b>6</b>
 <b>Antistolling</b> Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid Dit verbeterdoel kan alleen door een aantal door IGJ aangewezen particuliere klinieken worden aangeleverd. Ziekenhuizen leveren dit verbeterdoel NIET meer aan.	<b>6</b>
 <b>Cardiologische Zorg</b> Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland	<b>8</b>
 <b>Eigen verbeterdoel</b> Eigen verbeterdoel	<b>9</b>
 <b>Ketenzorg diabetische voetulcus</b> Optimaliseren ketenzorg diabetische voetulcus Wat is nodig om dit knelpunt aan te pakken:	<b>11</b>
 <b>Ondervoeding</b> Optimale screening én behandeling voor, tijdens en na klinische opname	<b>13</b>
 <b>Optimaliseren van diagnostische processen</b> De complexiteit van het diagnostisch proces	<b>15</b>
 <b>Pijnbeleid</b> Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling Dit verbeterdoel kan alleen door een aantal door IGJ aangewezen particuliere klinieken worden aangeleverd. Ziekenhuizen leveren dit verbeterdoel NIET meer aan.	<b>17</b>
 <b>Valpreventie bij ouderen</b> Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val Dit verbeterdoel kan alleen door een aantal door IGJ aangewezen particuliere klinieken worden aangeleverd. Ziekenhuizen leveren dit verbeterdoel NIET meer aan.	<b>19</b>
 <b>Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)</b> Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies	<b>22</b>

## Wat is ‘Verbeterdoelen msz’?

Op basis van gesignaleerde risico’s in de Nederlandse gezondheidszorg worden verbeterdoelen vastgesteld om verbeteringen in de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te stimuleren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doet dit in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). De verbeterdoelen medisch specialistische zorg (msz) zijn van en voor de veldpartijen en IGJ samen.

‘Verbeterdoelen msz 2025’ bevat zes verbeterdoelen voor ziekenhuizen: cardiologische zorg; diagnostische processen; eigen verbeterdoel; ketenzorg diabetische voetulcus; ondervoeding en; vrijheidsbeperkende interventie (VBI). ‘Verbeterdoelen msz 2025’ bevat drie verbeterdoelen die alleen door particuliere klinieken kunnen worden aangeleverd: antistolling, pijnbeleid en valpreventie bij ouderen. Ziekenhuizen leveren de verbeterdoelen ‘antistolling’, ‘pijnbeleid’ en ‘valpreventie bij ouderen’ NIET meer aan. Voor particuliere klinieken is een aparte publicatie ‘Toezichtvragen msz 2025’. Zo krijgen de IGJ en het zorgveld inzicht in de kwaliteit van de gehele medisch specialistische zorg, ongeacht of deze zorg geleverd wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek.

### Hoe bevordert ‘Verbeterdoelen msz’ kwaliteitsverbetering in de Nederlandse gezondheidszorg?

De verbeterdoelen msz hebben in de afgelopen jaren substantieel bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Met de verbeterdoelen msz wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren. Er is toenemend aandacht voor het verminderen van registratiedruk zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en veiligheid. Met ‘Verbeterdoelen msz’ beogen de IGJ, FMS, NFU, NVZ, V&VN en ZKN méér ruimte te geven aan ziekenhuizen om via eigen inbreng veiligheid en kwaliteit van de gezondheidszorg en de dialoog hierover, te stimuleren en te bevorderen.

### Hoe komt ‘Verbeterdoelen MSZ’ tot stand?

Jaarlijks worden verbeterdoelen vastgesteld. Dit doet de IGJ in samenwerking met FMS, NFU, NVZ, V&VN en ZKN. De inhoud van verbeterdoelen binnen de aandachtsgebieden worden voorbereid en opgesteld door gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en afdelingen van V&N. Het verbeterdoel ‘optimaliseren diagnostische

processen’ is ontwikkeld door IGJ afdeling msz in samenwerking met de bureaupartners ‘Verbeterdoelen msz’.

### Hoe gebruikt de IGJ ‘Verbeterdoelen msz’ in het toezicht?

Een zorgproces en/of zorgaanbieder kan om meerdere redenen opvallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de informatie over een verbeterdoel die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Dit kan reden zijn voor een gesprek met de bestuurder van een ziekenhuis of een particuliere kliniek. Over de geanalyseerde resultaten wordt jaarlijks de *factsheet* ‘Verbeterdoelen in beeld’ gepubliceerd. Voor particuliere klinieken is het behandel aanbod van de kliniek van invloed op het aantal verbeterdoelen en toezichtvragen. IGJ maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een particuliere kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan IGJ aan te leveren.

### Uitgangspunten

Een reactie op een verbeterdoel geeft een signaal over de (kwaliteit van) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Over een negatief signaal kunnen door de inspectie vragen worden gesteld. Overigens brengt de inspectie niet alleen op basis van de aangeleverde ‘Verbeterdoelen msz’ een oordeel over een individuele instelling naar buiten. ‘Verbeterdoelen msz’ zijn een hulpmiddel voor het risico gestuurde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over een instelling.

De ‘Verbeterdoelen msz’ geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele instelling. Om die reden wordt aan de instellingen gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Dit kan bijvoorbeeld via de website van de instelling.

### Aanlevering

De ‘Verbeterdoelen msz 2025’ moeten door ziekenhuizen aangeleverd worden op <https://omniq.dhd.nl>. Voor de aanlevering van de ‘Verbeterdoelen msz 2025’ door particuliere klinieken worden door de IGJ individuele afspraken gemaakt met de klinieken die deze verbeterdoelen aan moeten leveren.

Alle ziekenhuizen moeten de ‘Verbeterdoelen msz’ vóór 15 april 2026 aanleveren. De resultaten zijn daarna openbaar.

1 Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC, leveren verzekerde zorg) en privéklinieken (leveren onverzekerde zorg).

## Gebruikershandleiding

'Verbeterdoelen msz' is bedoeld voor alle zorgaanbieders van medisch specialistische zorg (msz) in Nederland. Voor algemene informatie over 'Verbeterdoelen msz' verwijzen wij u naar de websites [www.igj.nl](http://www.igj.nl) en <https://omniq.dhd.nl>. Voor informatie over de aanlevering van verbeterdoelen wordt u verwezen naar de veelgestelde vragenlijst op de website van de IGJ. Voor overige vragen over de 'Verbeterdoelen msz' kunt u mailen naar: [verbeterdoelenMSZ@igj.nl](mailto:verbeterdoelenMSZ@igj.nl)

### PDCA-verbetercyclus

Bij de aanlevering van de 'Verbeterdoelen msz' moet de *plan-do-check-act* (PDCA)-verbetercyclus inzichtelijk worden gemaakt door genoemde vragen te beantwoorden. De instelling wordt gevraagd om in de aanlevering te beschrijven wat in 2025 is bewerkstelligd. Uit de aanlevering moet navolgbaar zijn waartoe eerder genomen verbetermaatregelen hebben geleid.

### Verbeterdoelen msz ziekenhuizen

Ziekenhuizen leveren vier van de zes verbeterdoelen aan bij IGJ. Ziekenhuizen bepalen zelf welke vier verbeterdoelen zij aanleveren. Alle verbeterdoelen gaan over belangrijke risico's in de zorg. Daarom wordt van een ziekenhuis verwacht dat er aandacht wordt besteed aan de risico's in de zorg van alle verbeterdoelen. Dus ook van de verbeterdoelen die niet worden aangeleverd of niet meer zijn opgenomen in deze publicatie. IGJ vertrouwt erop dat de ziekenhuizen de onderliggende risico's van alle verbeterdoelen uit 'Verbeterdoelen msz 2025' en de verbeterdoelen in eerdere publicaties zelf in beeld houden.

**De verbeterdoelen 'antistolling', 'pijnbeleid' en 'valpreventie bij ouderen' kunnen NIET meer door ziekenhuizen worden aangeleverd.**

### Verbeterdoelen msz particuliere klinieken

De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen aan de inspectie aan te leveren.

### Verbeterdoelen msz radiotherapeutische instellingen

De inspectie bepaalt jaarlijks met de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) welke verbeterdoelen uit 'Verbeterdoelen msz 2025' moeten worden aangeleverd.

### Website is leidend

Er is uiterste zorg besteed aan de publicatie van de 'Verbeterdoelen msz'. Het is mogelijk dat er discrepanties zijn tussen deze publicatie van de 'Verbeterdoelen msz' en de website van OmniQ. De weergave op <https://omniq.dhd.nl> is leidend.

### Wijzigingen

Wat zijn de wijzigingen ten opzichte van de voorgaande versie (2024)?:

- 1 De Basisset msz is vervangen door twee aparte documenten: 'Verbeterdoelen msz 2025' en 'Toezichtvragen msz 2025'
- 2 Er is één nieuw verbeterdoel: 'optimaliseren diagnostische processen';
- 3 Voor ziekenhuizen zijn er drie verbeterdoelen vervallen: 'antistolling', 'pijnbeleid' en 'valpreventie';
- 4 Verbeterdoelen 'antistolling', 'pijnbeleid' en 'valpreventie bij ouderen' kunnen alleen door een aantal particuliere klinieken worden aangeleverd;
- 5 De overige verbeterdoelen zijn vanwege herkenbaarheid en uniformiteit voor zover mogelijk in hetzelfde format geplaatst waarbij mogelijk de inhoud minimaal is gewijzigd.

---

2 Voor wijzigingen m.b.t. toezichtvragen, zie de publicatie 'Toezichtvragen MSZ'

## Verbeterdoelen msz



### Antistolling

#### Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid



Dit verbeterdoel kan alleen door een aantal door IGJ aangewezen particuliere klinieken worden aangeleverd. Ziekenhuizen leveren dit verbeterdoel NIET meer aan.

Antitrombotica (anticoagulantia en trombocytengregatieremmers) worden veel voorgeschreven aan patiënten.

Aan het gebruik van antitrombotica zijn risico's verbonden: te veel geeft bloedingen, te weinig kan leiden tot infarcten of (recidief) trombose. Ook neemt de complexiteit van de zorg voor patiënten met (of *at risk for*) arteriële en of veneuze trombotische aandoeningen toe. Enerzijds is er een uitgebreid therapeutisch arsenaal met: vitamine K antagonist (VKA); acetylsalicylzuur; orale anticoagulantia (DOACs of NOACs) en; trombocytengregatieremmers (TARs).

Anderzijds is er een toenemend aantal oudere patiënten met multimorbiditeit. Daarom is het hebben van een peri-procedureel antistollingsprotocol en lokale stollingsexpertise noodzakelijk voor het op juiste wijze omgaan met (complexe) stollingsvragen. Er moet een goede kennisinfrastructuur zijn voor een optimaal antistollingsbeleid binnen een zorginstelling. Zorgverleners moeten toegang hebben tot expertise op het gebied van antistolling. Het is belangrijk dat er een eenduidig proces is voor het beoordelen, aanpassen, overbruggen, staken en hervatten van antitrombotica bij operaties. Samenhang in de keten van antistolling zorg is cruciaal.



#### Verbeterdoel

Dit verbeterdoel beoogt:

- 1 Het hebben van een peri-procedureel antistollingsprotocol én een verbetercyclus zodat het peri-procedureel antistollingsprotocol in de praktijk goed wordt nageleefd.
- 2 Duidelijke afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise is georganiseerd. Deze moet elke dag van de week elk uur van de dag beschikbaar zijn; ook dient een verbetercyclus van de lokale stollingsexpertise aanwezig te zijn.

#### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

#### Verbeteronderdelen, waarover gereflecteerd moet worden:

Peri-procedureel antistollingsprotocol

- 1 De instelling beschikt over een peri-procedureel antistollingsprotocol, waarin alle aspecten, zoals beschreven bij de definitie van het verbeterdoel, zijn opgenomen;
- 2 De instelling beschikt over een verbetercyclus voor het peri-procedureel antistollingsprotocol.

Organisatie lokale antistollingsexpertise

- 1 De instelling heeft afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise georganiseerd is;
- 2 De instelling heeft de lokale antistollingsexpertise, binnen en buiten kantooruren geborgd;
- 3 De instelling heeft een verbetercyclus op het gebied van lokale antistollingsexpertise.

Toelichting: Peri-procedureel antistollingsprotocol

Het doel is de aanwezigheid en implementatie van een peri-procedureel antistollingsprotocol waarin alle relevante aspecten rondom verantwoordelijkheden, medicatiebeleid en communicatie van het beleid staan beschreven.

Dit vereist nauwe afstemming bij het instellen, doorzetten en onderbreken van de antitrombotische behandeling rondom procedures.

Toelichting: Organisatie lokale antistollingsexpertise

Het doel is om te realiseren dat binnen elke instelling de hoofdbehandelaar voldoende wordt ondersteund rondom de toepassing van antistollingsbeleid. Hierbij dient de organisatie van zorg te voldoen aan de onderdelen zoals beschreven bij de definitie.

In de gehele keten zijn er veel zorgprofessionals, van diverse disciplines en met verschillende verantwoordelijkheden betrokken. Kennis van zorg voor patiënten met antistollingsmedicatie en kennis van relevante protocollen en richtlijnen varieert en is niet altijd toereikend. Veel zorgprofessionals ervaren het als zeer complex, mede omdat er momenteel een grote diversiteit aan middelen op de markt is, en er vaak double en triple therapie wordt toegepast. Daarnaast zijn er veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van antistollingsmedicatie. Het organiseren van lokale expertise zowel overdag als tijdens diensturen is voor de antistollingszorg van essentieel belang. Inzicht in incidenten kan bijdragen aan het verder verbeteren van de organisatie.

#### Inclusie- en exclusiecriteria

Dit verbeterdoel heeft betrekking op patiënten, die met antitrombotische therapie in particuliere klinieken worden behandeld.

#### Richtlijn of norm

- Monitor Zorggerelateerde Schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel, 2022.
- Richtlijn antitrombotisch beleid: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch\\_beleid/antitrombotisch\\_beleid\\_-\\_korte\\_beschrijving.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch_beleid/antitrombotisch_beleid_-_korte_beschrijving.html)
- Landelijke transmurale afspraak antistolling: <https://lta-antistollingszorg.nl/>
- Nederlands Kennisplatform Antistolling: [www.allesoverantistolling.nl](http://www.allesoverantistolling.nl)



#### Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst.

De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven.

Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

#### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, DICA, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.



#### Definitie(s)

Een peri-procedureel antistollingsprotocol bestaat uit de beschrijving van de

- 1 verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg;
- 2 afspraken rondom antistollingsmedicatie;
- 3 communicatie met zowel zorgverleners als patiënten.

Hieronder staat kort weergegeven wat onder de verschillende categorieën minimaal in het lokale protocol opgenomen dient te zijn:

De volgende verantwoordelijkheden staan beschreven:

- Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van antitrombotica vast;
- Wie stelt bloedingsrisico vast;
- Wie schrijft antistollingsmedicatie voor;
- Wie stelt antistollingsstatus vast.

De volgende afspraken rondom antistollingsmedicatie komen terug in het protocol:

- Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang;
- Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze;
- Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) peri-procedureel gestopt en voor hoe lang;
- Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze;
- Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast;
- Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast;
- Welke comedatie wordt gebruikt, inclusief met de stolling interfererende medicatie.

De volgende afspraken rondom communicatie komen terug in het protocol:

- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden;
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met behandelaar die de ingreep doet/ behandelend arts/trombosedienst/ huisarts/ apotheek over het beleid;

- Op welke wijze en door wie wordt gecommuniceerd in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt;
- Op welke wijze en door wie het antistollingsbeleid wordt vastgelegd in de time out procedure.



## Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2019/2020 door onderstaande verenigingen:

NIV	prof. dr. M.V. Huisman (voorzitter)
NVvC	dr. M.A. Brouwer
NVN	dr. H. Koppen
NVVC	dr. A.K. Stroobants
NOV	dr. H.I.H. Lampe
NVU	dr. J.R. Oddens
NVZA	dr. M. van Hulst en drs. B.P. Brassé
NVVH	dr. A.C. Vahl
NVMDL	dr. M.J.A.L. Grubben
NVA	dr. A.W.M.M. Koopman-van Gemert



## Cardiologische Zorg

### Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland

Hart- en vaatziekten zijn belangrijke oorzaken van sterfte en ziektelast. Onder andere door toegenomen aandacht voor preventie, optimalisering medicatie, ambulancezorg en medisch technologische mogelijkheden is de sterftেকans afgenomen. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe.

De focus van het cardiologisch kwaliteitsbeleid verschuift meer naar evalueren en verbeteren, en minder naar het controleren. De vakgroep heeft hierin een proactieve rol. Om het interne cardiologische kwaliteitsbeleid te evalueren en te optimaliseren kan het gebruik van eigen data van grote bijdrage zijn. Nederlandse Hart Registratie (NHR) is de nationale kwaliteitsregistratie op het gebied van cardiologie en thoraxchirurgie in Nederland. Met als doel de kwaliteit van de cardiologische zorg hiermee te vergroten. Daarnaast kunnen ook kwalitatieve data gebruikt worden en eigen resultaten worden vergeleken met andere centra.



## Verbeterdoel

Dit verbeterdoel beoogt:

- 1 Aantoonbaar kwaliteitsbeleid ten aanzien van cardiologische zorg in de instelling;

- 2 Inzicht in uitkomsten in de instelling en, zo nodig, (multi-disciplinaire) verbetermaatregelen om de cardiologische zorg te optimaliseren;
- 3 Optimaliseren van de kwaliteit van de cardiologische zorg in de instellingen.

Vakgroepen duiden de uitkomsten rondom cardiologische zorg en hebben de kwaliteitscyclus ingebed. Dit kan met behulp van de kwaliteitsregistraties zoals reeds bestaand voor: pacemaker (PM), *implantable cardioverter defibrillator* (ICD), percutane coronaire interventie (PCI) en ablaties.

### Reflectie instelling

De uitraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- De kwaliteitscyclus ten aanzien van de cardiologische zorg moet in de instelling aantoonbaar zijn vorm gegeven;
- Het vormgeven en implementeren van verbetermaatregelen naar aanleiding van de analyse van data wordt zo veel mogelijk met op de afdeling betrokken of aanpalende disciplines opgepakt;
- Op basis van de uitkomsten van de zorginhoudelijke data heeft de instelling inzichtelijk of er sprake is van risico's t.a.v. patiëntveiligheid en heeft deze verbetermaatregelen gedefinieerd, genotuleerd, geïmplementeerd en geëvalueerd;
- De instelling formuleert een of meerdere verbeterdoelen op basis van uitkomsten uit de analyse van data.

### Inclusie- en exclusiecriteria

Dit verbeterdoel betreft alle vakgroepen cardiologie.



### Richtlijn of norm

Dit verbeterdoel past binnen het NVVC Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie- document cardiologische zorg 2025.



### Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst.

De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

#### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.

#### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

- Een kwaliteitsoverleg binnen de afdeling;
- De gegevens zoals deze worden gepubliceerd in Handboek NHR, te vinden via [nederlandsehartregistratie.nl](https://www.nederlandsehartregistratie.nl);
- De gegevens zoals deze worden gepubliceerd in Jaarrapportage NHR, te vinden via [nederlandsehartregistratie.nl](https://www.nederlandsehartregistratie.nl).

#### Voorbeelden om op te reflecteren:

- Wanneer uitkomsten boven de P95 of onder de P5 vallen (indien het ziekenhuis deelneemt aan het programma binnen NHR dat transparant publiceert op uitkomsten);
- Wanneer niet wordt voldaan aan minimale compleetheit van data (98% voor ablatie, ICD en PCI; 95% voor PM) en data kwaliteit zoals gedefinieerd voor 2022 in de Minimale kwaliteitseisen aangeleverde data NHR
- (Bron: [www.nederlandsehartregistratie.nl](https://www.nederlandsehartregistratie.nl));
- MijnNHR (chartmodule);
- Aanbevelingen uit het Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie- document cardiologische zorg 2025;
- Aanvullende analyses gefaciliteerd binnen de betreffende registratiecommissie.



### Werkgroep

Dit verbeterdoel is opgesteld door een afvaardiging van de Commissie Kwaliteit van de NVVC en afvaardiging van het bestuur NVVC, ondersteund door bureau NVVC, in samenspraak met de NHR.



## Eigen verbeterdoel

### Eigen verbeterdoel

Met een eigen verbeterdoel kunnen ziekenhuizen en particuliere klinieken een thema kiezen dat voor de eigen organisatie relevant is voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Het thema van het eigen verbeterdoel is geormerkt als een multidisciplinair risico voor de patiëntveiligheid en heeft verbeterpotentieel in zich. Daarbij moet het eigen verbeterdoel binnen de eigen organisatie draagvlak hebben en moeten zorgprofessionals invloed hebben op de reductie van het risico. Met het eigen verbeterdoel wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren.

Individuele terugkoppeling van het eigen verbeterdoel zal zijn in dialoog met de accounthouder van het ziekenhuis of particuliere kliniek. Het staat ziekenhuizen en particuliere klinieken uiteraard vrij om de bevindingen van het eigen verbeterdoel te delen met andere instellingen. Dit is in lijn met de wens van de inspectie dat ziekenhuizen en particuliere klinieken leren van elkaar en verbeteren.

Ziekenhuizen en particuliere klinieken kunnen maximaal één eigen verbeterdoel aanleveren. De inspectie verwacht dat het eigen verbeterdoel minimaal twee opeenvolgende jaren wordt aangeleverd. Zo kan de dialoog over de voortgang in de PDCA-cyclus van het eigen verbeterdoel gevoerd worden over een zekere tijdspanne.



### Verbeterdoel

Voor het opstellen van een eigen verbeterdoel houdt u zich strikt aan onderstaand format. De begeleidende tekst in grijs geeft weer welke beschrijving in het betreffende item verwacht wordt.

#### I. Titel eigen verbeterdoel (max 10 woorden)

Geef een heldere titel aan het eigen verbeterdoel.

## II. Algemene inleiding op het onderwerp (max 200 woorden)

Geef kort het belang aan van het eigen verbeterdoel voor de eigen organisatie in relatie tot het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Beschrijf relevante patiëntrisico's die binnen het onderwerp van het eigen verbeterdoel vallen.

Geef weer in hoeverre het eigen verbeterdoel voldoet aan de volgende criteria:

- 1 Het patiëntrisico van het eigen verbeterdoel is te beïnvloeden door middel van de PDCA-cyclus;
- 2 De zorgprofessional heeft invloed op reductie van het risico;
- 3 Het eigen verbeterdoel heeft draagvlak binnen de organisatie;
- 4 Het onderwerp is geormerkt als een risico voor de patiëntveiligheid voor de organisatie en heeft verbeterpotentieel.

## III. Specificatie van het eigen verbeterdoel

- 1 Beschrijf het eigen verbeterdoel zo concreet mogelijk. Geef hierbij duidelijke afbakening aan voor wat betreft de populatie, de setting, de aandoening etc.
- 2 Beschrijf wat de organisatie wil bereiken met dit eigen verbeterdoel. Met welke resultaten is het ziekenhuis of de kliniek tevreden?

### Reflectie instelling

De uitdraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Inclusie- en exclusiecriteria

Geef duidelijk aan welke inclusie- en exclusiecriteria zijn gehanteerd, zodat er geen twijfel kan ontstaan over de specifieke doelgroep waar het verbeterdoel betrekking op heeft. Geef ook aan op welk organisatorisch verband het eigen verbeterdoel wel/niet van toepassing is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: ziekenhuis of ketenzorg; kliniek of polikliniek; vakgroep; individuele zorgprofessional etc.

## Richtlijn of norm

Als er een richtlijn of norm is die ten grondslag ligt aan het verbeterdoel, welke richtlijn is dat en licht de norm toe.



## Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een eigen verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het eigen verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het eigen verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten.

Enkele voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven.

### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers, veiligheidsrondes, dossieronderzoek;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

Hulpmiddelen de instelling heeft gebruikt om het antwoord op de vragen (onder III - Specificatie van het eigen verbeterdoel) te onderbouwen.



## Definitie(s)/Toelichtingen

Definieer/specificeer de belangrijke begrippen in het eigen verbeterdoel.

### Personen en partijen

Beschrijf hier in welk jaar het eigen verbeterdoel ontwikkeld is en welke partijen hebben deelgenomen aan de ontwikkeling van het eigen verbeterdoel.

Contactpersoon (naam, functie, ziekenhuis): Vul hier een contactpersoon in.

**De lijst met eigen verbeterdoelen wordt inclusief de naam van het ziekenhuis of de particuliere kliniek openbaar gemaakt. Op deze wijze wordt gestimuleerd om onderling te leren en gezamenlijk te verbeteren.**



## Ketenzorg diabetische voetulcus

### Optimaliseren ketenzorg diabetische voetulcus

Goede aansluiting van de zorg voor patiënten met een diabetisch voetulcus tussen de eerste lijn en een multidisciplinair voetenteam in de tweede lijn is een knelpunt. Te late verwijzingen leiden tot ineffektieve en complexe zorg met langdurige ziekenhuisopnames en amputaties tot gevolg.

#### Wat is nodig om dit knelpunt aan te pakken:

- Een multidisciplinair voetenteam in het ziekenhuis zoals beschreven in de richtlijn Diabetische voet (NIV 2017);
- Een helder omschreven zorgpad met één aanspreekpunt voor de eerste lijn;
- Scholing en expertise in de eerste lijn;
- Transmurale samenwerkingsafspraken tussen het ziekenhuis en eerste lijn in de regio;
- Zicht op uitkomsten van de geleverde zorg om hiervan te leren en te verbeteren om zo de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus te optimaliseren.

## 🎯 Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

- 1 Een integrale multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus conform de richtlijn Diabetische voet;
- 2 Regionale transmurale afspraken;
- 3 Een verbetercyclus van deze ketenzorg met focus op samenwerken, evalueren, leren en verbeteren.

Met dit verbeterdoel worden ziekenhuizen gestimuleerd de uitkomsten van de zorg voor patiënten met een diabetisch voetulcus in de zorgketen te evalueren én te verbeteren. Dit is een dynamisch en cyclisch proces (de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus) waarbij het startpunt van ziekenhuizen aanzienlijk kan verschillen. Uiteindelijk gaat het verbeterdoel over goede zorg voor de patiënt op de juiste plek en op het juiste moment, waarbij zorgverleners in een veilig klimaat en met plezier optimaal samenwerken voor de patiënt met een diabetisch voetulcus.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- De aanwezigheid van inhoudelijke en procesmatige elementen voor de ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus (conform richtlijn);
- De manier waarop zorgverleners in de hele keten (in eerste- en tweede lijn) betrokken zijn bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen;
- Veilig en open samenwerkingsklimaat om te leren en verbeteren;
- Voorbeelden waar u trots op bent. Voorbeelden waar u niet trots op bent en wat u hiervan heeft geleerd;
- De knelpunten buiten uw invloed, waarbij toegelicht wordt waarom u dit ervaart;
- Uw ambities voor de komende jaren.

### Inclusie- en exclusiecriteria

Alle personen (18 jaar of ouder) met diabetes mellitus en een voetulcus.

### Richtlijn of norm

Richtlijn Diabetische Voet (NIV 2017).  
IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease 2023 update.  
[Guidelines \(2023 update\) - IWGDF Guidelines](#)



### Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/

beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manieren aan te tonen.

#### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

#### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Voorbeeld van regionale transmurale afspraken (RTA);
- SWOT-analyse met verbeterplan;
- Spiegelinformatie en bespreken hiervan met verwijzers, patiënten etc.;
- Patiënttevredenheidsonderzoeken;
- Doorlooptijd in de integrale en multidisciplinaire zorgketen;
- Verloopcijfers binnen het team, medewerker tevredenheid binnen het team.

#### Definitie(s)/Toelichtingen

Zorgpad diabetische voetulcus: Het zorgpad is een beschrijving van de organisatie van het zorgproces in opeenvolgende stappen, (gemeenschappelijke) beslismomenten en criteria voor de patiënt met een diabetisch voetulcus.

Multidisciplinair voetenteam: Het team dat verantwoordelijk is voor de diagnostiek en behandeling van een diabetisch voetulcus, bestaande uit tenminste een vaatchirurg, internist, revalidatiearts, wondverpleegkundige, (diabetes) podotherapeut, gipsverbandmeester en een orthopedisch schoentechnicus (=schoenmaker). Er is een coördinator en één persoon/loket waar eerstelijns zorgverleners zich tot kunnen wenden. Zie definitie Richtlijn Diabetische Voet (NIV 2017). Ook andere disciplines (zoals met name interventie radioloog, dermatoloog en orthopedisch chirurg) kunnen deelnemen aan het team of beschikbaar zijn om in consult te vragen.



#### Werkgroep

Dit verbeterdoel is in 2021 ontwikkeld en word jaarlijks in lijn gebracht met het nieuwe format:

V&VN Wondexpertise	Sandra Janssen, MSc, MANP (voorzitter vanaf aug 2022)
V&VN Wondexpertise	Yvonne Siebers (voorzitter tot aug 2022)
V&VN Diabeteszorg	Cis Rieke, MANP
V&VN VS netwerk Wondmasters	Diedy Sterkenburg, MANP
V&VN VS	Barbara Oud, MSc
V&VN	John Hoeijmans, MANP
NIV	Prof. dr. Nicolaas Schaper
NVIR	drs. Daniel van den Heuvel
NVDV	dr. Miriam Loots
NVVV	drs. Jan-Willem Elshof
NVvP	Michel Boerrigter, MBA
NHG/DiHAG	drs. Jaap Kroon
NVvDP	Lian Stoeldraaijers, BSc
ProVoet	Sandra van Strijp



## Ondervoeding

### Optimale screening én behandeling voor, tijdens en na klinische opname

De prevalentie van ondervoeding in het ziekenhuis is hoog: 14-15% van de volwassen patiënten en 6% van de kinderen die worden opgenomen heeft een screeningsuitslag 'ondervoed'<sup>3</sup>. Ondervoeding kan leiden tot verminderd fysiek functioneren, slechtere wondgenezing, langere ligduur in de instelling, verminderde kwaliteit van leven, verhoogde kans op overlijden en achterblijvende groei bij kinderen<sup>4,5,6</sup>. De kosten voor ondervoeding worden geschat op 1,8 miljard euro per jaar in Nederlandse zorginstellingen. Ziekte gerelateerde ondervoeding leidt in Nederland tot circa 400 doden per jaar<sup>7</sup>.

Ondervoeding ontstaat door een disbalans tussen voedingsbehoefte en voedingsinname. Oorzaken van deze disbalans zijn zeer divers. Bepaalde ziektes verhogen de behoefte aan voedingsstoffen. Wanneer niet met de voedingsinname wordt voorzien in deze toegenomen behoefte, ontstaat een tekort, met als gevolg afname van gewicht en spiermassa. Ook mensen met overgewicht kunnen in de periode voorafgaand aan, tijdens en na een klinische opname ondervoed zijn of worden waardoor zij risico lopen op complicaties. Vaak ontstaat ondervoeding sluipend en is ook herstel van ondervoeding een langdurig traject. De huidige ligduur in het ziekenhuis (gemiddeld 5,2 dagen)<sup>8</sup> of de kliniek is te kort om patiënten weer in goede voedingstoestand te brengen. Het voortzetten van een goed voedingsbeleid na ontslag uit de instelling vraagt nadrukkelijke aandacht gedurende de opname in de instelling<sup>9</sup>.



## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

Ondervoeding tijdig te herkennen (screening) en te behandelen voor, tijdens en na klinische opname. Dit geldt zowel vóór opname, bijvoorbeeld door poliklinisch te screenen bij hoog risico groepen, als tijdens en na klinische opname. Zo kan ondervoeding of verdere achteruitgang van de voedingstoestand tijdens opname worden voorkomen en tijdig worden behandeld waarbij, indien geïndiceerd, zorg wordt gedragen voor het voortzetten van de behandeling na ontslag. Het is hierbij duidelijk wat de verantwoordelijkheden zijn van de betrokken zorgprofessionals en/ of organisaties voor, tijdens en na de opname in de instelling.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

Screening en behandeling ondervoeding (alle leeftijden):

- De instelling heeft tijdige screening op ondervoeding voor en tijdens een klinische opname in de instelling geborgd. Na signalering van ondervoeding worden acties ingezet om in afstemming met de patiënt (en/of met mantelzorg(er)s) en bij kinderen met ouder(s)/ verzorger(s)) tijdig een behandelplan in te zetten. Het is hierbij voor de betrokken zorgprofessionals, patiënten en/of mantelzorg(er)s/ouder(s)/verzorger(s) duidelijk wie welke verantwoordelijkheid heeft, hoe de multidisciplinaire samenwerking is tussen deze zorgprofessionals en wat de doelen zijn;
- De instelling heeft de continuïteit van zorg voor ondervoeding voor, tijdens en na een klinische opname in de keten geborgd middels een passende overdracht naar het netwerk (in bijvoorbeeld de eerste lijn en/of andere zorginstelling) welke is afgestemd met de patiënt en/of mantelzorg(er)s) of met het kind en/of met de ouder(s)/ verzorger(s).

3 Kruizenga H., Keeken S.van, Weijs P., et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr* 2016; 103(4): 1026-1032.

4 Valmorbida E, Trevisan C, Imoscopi A, Mazzochin M, Manzato E, Sergi G. Malnutrition is associated with increased risk of hospital admission and death in the first 18 months of institutionalization. *Clin Nutr.* 2020 Dec 1;39(12):3687-94. 60.

5 Rizzoli R, Reginster J-Y, Arnal J-F, Bautmans I, Beaudart C, Bischoff-Ferrari H, et al. Quality of life in sarcopenia and frailty. *Calcif Tissue Int* 2013 Aug 5;93(2):101e20.

6 Lim SL, Ong KCB, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality *Clin Nutr* 2012 Jun;31(3):345e50.

7 Kok L, Scholte R, Carl Koopmans. Ondervoeding onderschat. Amsterdam; 2014 Jul.

8 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM. [Internet]. Beschikbaar via: Prestatie-indicatoren gezondheidszorg | Systeemoelen | Doelmatigheid | Volksgezondheidszorg.info. [geraadpleegd 25 juni 2021].

9 Lærum-Onsager, E., Molin, M., Olsen, C. F., Bye, A., Debesay, J., Hestevik, C. H., Bjerck, M., & Pripp, A. H. (2021). Effect of nutritional and physical exercise intervention on hospital readmission for patients aged 65 or older: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1).

### Inclusie- en exclusiecriteria

Alle instellingen (ziekenhuizen en particuliere klinieken) die medisch specialistische zorg verlenen.

### Richtlijn of norm

- Leidraad Screening op – en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen.
- Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;
- Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;
- Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.



### Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/ beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manieren aan te tonen.

### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

Screening ondervoeding kinderen:

- Groeicurves voor verschillende etniciteiten en syndromen;
- Screening op risico op ondervoeding, bijvoorbeeld met STRONGkids.

Screening ondervoeding volwassenen:

- SNAQ;
- MUST;
- PG-SGA Short Form.

Screening ondervoeding voor opname / op de polikliniek volwassenen:

- Voedingstoestandmeter (herziene versie 2021);
- SNAQ+BMI;
- PG-SGA Short Form;
- MNA Short Form.

### Voeding in ziekenhuizen

- *Factsheet* Gezonder voedingsaanbod in ziekenhuizen en instellingen. Goede zorg proef je. najaar 2020;
- Rapport Succesfactoren en knelpunten in de behandeling van (hoog risico op) ondervoeding in ziekenhuizen Stuurgroep Ondervoeding. nov 2020;
- Rapport Voedingsconcepten in Nederlandse ziekenhuizen. Stuurgroep Ondervoeding. mei 2016.

### Richtlijnen

- Leidraad Screening op - en behandeling van - ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;

- Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;
- Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.

### Continuïteit van zorg

- Medisch Kindzorgsysteem;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, hoofdstuk 8: Voedingsbeleid en voedingsplan na ontslag - Aanbeveling 1; juni 2021;
- Informatie voor patiënten bijv. <https://www.thuisarts.nl/> (te veel afgevallen/ondervoeding);
- Voedingspaspoort. Handreiking voor een domein overstijgende werkwijze voor optimale transmurale (voedings) zorg voor (kwetsbare) ouderen. Stuurgroep Ondervoeding, jan 2020.



### Definitie(s)/Toelichtingen

Ondervoeding: een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten.



### Werkgroep

Dit verbeterdoel is in 2022 ontwikkeld door:

NIV	drs. C. Boeddha, dr. M. Soeters
NVK	prof. dr. K. Joosten
NVKG	drs. S. Verhaar
NVMDL	dr. J.W. Kruijmel
Stuurgroep Ondervoeding	E. van der Heijden, dr. E. Naumann, M. Schager
V&VN Geriatrie en Gerontologie	D. ten Cate
V&VN Kinderverpleegkundigen	M. Hendriks



## Optimaliseren van diagnostische processen

### De complexiteit van het diagnostisch proces

Het stellen van een werkdiagnose is belangrijk omdat dit de basis legt voor een behandeltraject. Het diagnostisch proces is echter complex en verloopt om diverse redenen niet altijd optimaal. Bovendien kunnen symptomen in het beloop van de ziekte veranderen, hetgeen invloed heeft op het bijstellen van een werkdiagnose. Behandelars moeten diagnostische keuzes maken om een verklaring te vinden voor de symptomen van de patiënt, maar soms ook handelen op basis van onzekerheden. Niet altijd kan of hoeft een diagnose gesteld te worden, bijvoorbeeld bij een *self limiting* aandoening of als er geen behandelconsequenties zijn.

Een diagnostisch proces omvat functieonderzoek, laboratoriumdiagnostiek, beeldvorming, pathologisch en microbiologisch onderzoek. Daarnaast zijn vanzelfsprekend de anamnese, lichamelijk onderzoek, klinisch redeneren, afweging van risico's, het nauwgezet volgen van het beloop en heroverwegen (in multidisciplinair overleg) van de werkdiagnose onderdeel van het diagnostisch proces. Dit geheel kan bemoeilijkt worden door patiëntgebonden factoren zoals atypische klachten, een taalbarrière en/of multimorbiditeit. Bij het leren van elkaar spelen onder andere multidisciplinaire overleggen (MDO), casuïstiekbesprekingen, complicatiebesprekingen en het delen van goede voorbeelden een belangrijke rol.

In het diagnostisch proces zijn verschillende aspecten van belang, namelijk: veiligheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid, patiëntgerichtheid en rechtvaardigheid. Een goed diagnostisch proces is veel meer dan alleen het juiste label voor de ziekte van een patiënt. Dat betekent niet te veel aanvullend onderzoek (overdiagnostiek) en niet te weinig aanvullend onderzoek (onderdiagnostiek) om te komen tot de juiste diagnose of een rechtvaardiging voor een afwachtend beleid. Diagnostiek is in het kader van passende zorg ook passend bij de individuele patiënt.

Dit verbeterdoel beoogt het risico op vermijdbare zorg gerelateerde schade te reduceren en streeft naar een duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers door het optimaliseren van diagnostische processen. De focus ligt hierbij op het proces en niet op de medisch inhoudelijk diagnostische keuzes welke door de zorgprofessional worden genomen. De pre-analytische risico's (patiëntverwisselingen, afnamefouten, opslag en transport issues) vallen ook buiten het bestek van dit verbeterdoel.

## **Verbeterdoel**

Het verbeterdoel spreekt behandelaars (aanvragers van diagnostiek), uitvoerders van diagnostisch onderzoek en bestuurders van zorginstellingen aan:

Voor aanvragers van diagnostiek is het belangrijk om hun deel van het diagnostisch proces te optimaliseren, waarbij geleerd wordt van bijvoorbeeld actieve feedback op het diagnostisch handelen, *best practises* en casuïstiekbesprekingen.

Uitvoerders van diagnostisch onderzoek kunnen de behandelaar ondersteunen bij het selecteren van het juiste diagnostisch onderzoek en de interpretatie ervan in relatie tot de klachtenpresentatie van de patiënt. Goede communicatie tussen behandelaars en uitvoerders van diagnostiek is hierbij een belangrijk aspect. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het communiceren van onverwachte bevindingen en kritieke bevindingen.

Bestuurders van zorginstellingen kunnen bijdragen aan het optimaliseren van het diagnostisch proces door structureel risico's in kaart te brengen en verbeteringen op systeemniveau toe te passen. Daarin is het onder meer cruciaal dat zorginstellingen een goed werkend systeem hebben voor het opvolgen van afwijkende testuitslagen.

### **Reflectie instelling**

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### **Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:**

- 1 Klinisch redeneren van zorgprofessionals in multidisciplinair verband wordt continu bevorderd.
- 2 Behandelaars (aanvragers van diagnostiek) leren van het diagnoseproces via actieve feedback van de uitvoerders van diagnostiek. Er is een actieve leercultuur tussen aanvrager en uitvoerder.
- 3 Communicatieketen van aanvraag naar uitslag is geborgd, ongeacht de locatie van de diagnostiek (inrichting van

*closed loops* van aanvraag van diagnostiek tot rapportage van uitslagen en implementatie leidraden van wetenschappelijke verenigingen).

- 4 Duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces heeft aandacht, onderbouwd met een voorbeeld.

Gezien de brede context van dit verbeterdoel is het advies om twee diagnostische processen als uitgangspunt voor de aanlevering van dit verbeterdoel te gebruiken. Voorwaarde hiervoor is dat dit diagnostische processen met verbeterpotentieel betreft.

### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Dit verbeterdoel heeft betrekking op alle patiënten die een of meerdere diagnostisch(e) proces(sen) in een ziekenhuis of particuliere kliniek ondergaan.

### **Achtergrond informatie**

- [Rapport Risicoprofiel Diagnostisch Proces \(nvmm.nl\)](#)
- [Leidraad onverwachte bevindingen NVvR](#)
- <https://www.nvkc.nl/files/Richtlijnen/Flankerend-beleid-bij-on-verwachte-klinisch-chemische-laboratoriumuitslagen-inventarisatie.pdf>
- [Duurzaamheid in de zorg | KNMG](#)



### **Hulpmiddelen**

Het staat een instelling vrij hoe zij verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel. De enige vereisten aan deze verantwoording zijn: objectief aantonen in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn. Dat wil zeggen dat het onderbouwd wordt met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen en beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op een andere manier aan te tonen. Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, DICA, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc.;
- Resultaten van audits of tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.



## Definities

Klinisch redeneren: een cognitief proces waarbij eigen observaties en interpretaties worden gekoppeld aan medische kennis.

Aanvragers: de zorgprofessionals die diagnostisch onderzoek aanvragen.

Uitvoerders: de zorgprofessionals die diagnostisch onderzoek uitvoeren zoals radiologen, klinisch chemici, klinisch fysici, pathologen, medisch microbiologen en uitvoerders van functieonderzoek.

## Verantwoording

Dit verbeterdoel is ontwikkeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) afdeling medisch specialistische zorg (msz) in samenwerking met de bureaupartners Verbeterdoelen msz.



## Pijnbeleid

### Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling



Dit verbeterdoel kan alleen door een aantal door IGJ aangewezen particuliere klinieken worden aangeleverd. Ziekenhuizen leveren dit verbeterdoel NIET meer aan.

Pijn is een belangrijk signaal van het lichaam, er kan sprake zijn van een ernstige bedreiging. In veel gevallen moet pijn worden beschouwd als een ernstige comorbiditeit die het resultaat van medische en chirurgische behandeling kan beïnvloeden. Pijn kan ook leiden tot een verminderde kwaliteit van leven bij patiënten. Het is daarom van essentieel belang dat pijn bij alle patiënten in de zorginstelling tijdig herkend en waar mogelijk behandeld wordt. Een optimaal gepersonaliseerd pijnbeleid is dan ook belangrijk voor het welzijn van patiënten.

#### Een zorgvuldig pijnbeleid bestaat uit:

- Opsporing van pijn (pijnscreening, pijnmeting en pijnanamnese in verband met het multidimensionale karakter van pijn);
- Aandacht voor de verschillende patiëntencategorieën: acute en chronische pijn en pijn bij benigne ziekteprocessen, oncologische pijn en pijn in de palliatieve fase;
- Analyse van de oorzaak en inschatten van het risico op het ontstaan van chronische pijn;
- Behandeling van pijn (farmacologisch, niet-farmacologisch, verantwoord opioïden voorschrijven);
- Infrastructuur (een pijnteam met aandacht voor acute en chronische pijn);
- Evaluatie via de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus.

Zorginstellingen die de processen rondom pijnbehandeling niet goed geregeld hebben, kunnen in potentie ziekere patiënten hebben met een langere opnameduur, een vertraagd herstel en meer risico op het ontstaan van chronische pijn. Het verbeterdoel moet leiden tot een optimaal pijnbeleid resulterende in een betere zorg en minder risico's voor patiënten. Het doel van de multidisciplinaire werkgroep is het aanzetten tot het toepassen van de PDCA cyclus ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de pijnzorg in de Nederlandse zorginstellingen.

## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

Het realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- 1 De instelling beschikt over een organisatie breed pijnbeleid;
- 2 De instelling heeft een infrastructuur voor pijnbeleid ingericht, met behulp van een pijnteam;
- 3 De instelling biedt zorgverleners adequate toegang tot de voorhanden zijnde expertise op het gebied van pijn in de zorginstelling;
- 4 De instelling beschikt over een passend signaleringssysteem voor het opsporen van pijn, dat aandacht besteedt aan een selectie van groepen patiënten *at risk*, frequentie van pijnmeting en zinvolle registratie. Er moet beleid zijn, in aansluiting op dit signaleringssysteem, voor het verbinden van een pijnmeting met een actie, zowel analyse als behandeling;
- 5 De instelling dient aandacht te besteden aan het verantwoord voorschrijven van pijnmedicatie. Dit in het kader

van pijnmedicatie die potentieel verslavend kan zijn maar ook individuele aandacht voor voldoende pijnmedicatie en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor duurzaamheid (bijvoorbeeld een verantwoord gebruik van middelen);

- 6 De instelling dient aandacht te besteden aan niet-farmacologische interventies bij pijn.

#### Inclusie- en exclusiecriteria

Alle particuliere klinieken die medisch specialistische zorg verlenen.

#### Richtlijn of norm

- Richtlijn Postoperatieve pijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2023<sup>10</sup>;
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker modulaire herziening. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2015;
- Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1,2,3. Met herziene tekst. (ISBN 978-90-74785-11-2). Utrecht: Verenso; 2016;
- Richtlijn Pijnbehandeling bij traumapatiënten in de spoedzorgketen. (ISBN 978-90-811 641-4-6). Nijmegen: Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen; 2010;
- Richtlijn Palliatieve zorg bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2022<sup>11</sup>;
- Richtlijn Pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2024<sup>12</sup>;
- Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care; 2013;
- Richtlijn Pijn in: Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de Praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC); 2010.
- Richtlijn pijn bij kanker 6-12-2019 Pijn bij patiënten met kanker - Richtlijnen Palliatieve zorg ([palliaweb.nl](http://palliaweb.nl)) Hoewel de evidentie alleen is verzameld voor de diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker zijn de aanbevelingen ook grotendeels van toepassing voor patiënten met andere levensbedreigende aandoeningen
- Richtlijn pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen 6-12-2019. Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen - Richtlijnen Palliatieve zorg ([palliaweb.nl](http://palliaweb.nl)).



#### Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/ beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Het staat een instelling echter vrij om dit op een andere manier aan te tonen.

#### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.

#### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

De volgende hulpmiddelen kunnen worden gebruikt bij het beantwoorden van de vraag:

- Pijnmeting, registratie en interventie die zo nodig volgt;
- Algemeen pijnbeleid;
- Verantwoord opioïden voorschrijven;
- Pijnteam.



#### Definitie(s) / Toelichting(en)

Pijn is volgens de definitie van de *International Association for the Study of Pain (IASP)* 2020: 'Een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, die geassocieerd is, of geassocieerd lijkt te zijn, met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging.'

Chronische pijn wordt gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte.

Pijnmeting omvat de pijnintensiteit, die de patiënt zelf aan zijn pijn toekent. Daarnaast is het belangrijk om de mening van de patiënt over zijn pijn te achterhalen (acceptabel of niet) en het lichamelijk functioneren wel of niet gehinderd door pijn te observeren. Bij patiënten met een uitingsbeperking moet een observatieschaal gebruikt worden om een inschatting van de mate van pijn te bepalen.

<sup>10</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/postoperatieve\\_pijn/startpagina\\_-\\_postoperatieve\\_pijn.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/postoperatieve_pijn/startpagina_-_postoperatieve_pijn.html)

<sup>11</sup> <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/palliatieve-zorg-voor-kinderen>

<sup>12</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pijnmeting\\_en\\_behandeling\\_bij\\_kinderen/startpagina\\_-\\_pijnmeting\\_en\\_behandeling\\_bij\\_kinderen\\_2024.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pijnmeting_en_behandeling_bij_kinderen/startpagina_-_pijnmeting_en_behandeling_bij_kinderen_2024.html)

Een pijnservice is een multidisciplinair samengesteld team waarbij in ieder geval een anesthesioloog/pijnbehandelaar en een in pijn gespecialiseerde verpleegkundige of anesthesiemedewerker aanwezig is. Een pijnservice is te allen tijde te raadplegen ten aanzien van pijn bij patiënten. De pijnservice voert patiëntconsulten uit, verzorgt pijneducatie aan patiënten en medewerkers in de instelling, analyseert digitaal geregistreerde pijngegevens en gebruikt deze als basis voor het opzetten van kwaliteitsverbeterprojecten.

Opioiden zijn alle middelen die in het Farmacotherapeutisch kompas staan aangeduid onder de geneesmiddelengroep 'Opioiden', te weten de middelen die de opioïdreceptoren in het centraal zenuwstelsel bezetten.

### Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2020 en wordt jaarlijks aan het nieuwe format aangepast ten behoeve van Verbeterdoelen msz.

V&VN Pijnverpleegkundigen	Dr. Jacqueline van Dijk (voorzitter) Dr. Rianne van Boekel (vanaf 2022 adviseur) Manon Immerzeel-Welter
NVA	Drs. Frank van Haren Dr. Jan-Willem Kallewaard
NVAM	Linda van de Werken BAsc
NVN	Dr. Joost Jongen
V&VN Oncologie	Drs. Gertrud van der Werff
BRV	Steven Bijlholt BNurs
NVR	Dr. Alfons den Broeder
NIV	Drs. Robbert van Alphen
NVK	Prof. dr. Wim Tissing



## Valpreventie bij ouderen

### Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val



Dit verbeterdoel kan alleen door een aantal door IGJ aangewezen particuliere klinieken worden aangeleverd. Ziekenhuizen leveren dit verbeterdoel NIET meer aan.

Vallen en valgerelateerd letsel hebben grote gevolgen voor de maatschappij als geheel en voor de kwaliteit van leven van de betrokken ouderen. Als ouderen ten val komen heeft dat vaak ernstige gevolgen voor hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit.

Tijdens een opname hebben ouderen een hoger risico om te vallen dan in de thuissituatie. Ongeveer een derde van de vermijdbare incidenten op het gebied van patiëntveiligheid in een instelling betreft een val.

De groep patiënten met een trauma na een val is ook de groep waarbij preventie van een hernieuwde val belangrijk is.

In de eerste plaats is er al een verhoogd risico, omdat een eerdere val de belangrijkste voorspeller is voor hernieuwd vallen. En in de tweede plaats is er de resttoestand na de val, waaronder functieverlies, die ook weer additioneel valrisico oplevert. Onderdeel van een goede behandeling van een oudere patiënt moet dan ook de preventie van een (herhaalde) val zijn.

De landelijke multidisciplinaire richtlijn valpreventie laat middels een meta-analyse zien dat een multifactoriële valanalyse en interventie het aantal valincidenten met ten minste 22% verlaagt. In de definitie staan de onderdelen hiervan benoemd en in detail is dit terug te vinden in de richtlijn<sup>13</sup>. Het doel is om de aanbevelingen van de richtlijn landelijk zo goed en compleet mogelijk geïmplementeerd te krijgen. Voor individuele instellingen betekent dat, dat indien ouderen zich met een valincident op de SEH presenteren, dan wel vallen tijdens een opname of een verhoogd valrisico hebben tijdens een opname er richtlijnconforme passende zorg hierop moet volgen. Dat wil zeggen een multifactoriële valrisico-beoordeling en behandeling. Geprotocolleerde zorgpaden kunnen hierbij ondersteunen.

13 [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie\\_van\\_valincidenten\\_bij\\_ouderen/valrisicobeoordeling\\_ouderen\\_in\\_ziekenhuis.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html); [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie\\_van\\_valincidenten\\_bij\\_ouderen/verlaging\\_valrisico\\_bij\\_thuiswonende\\_ouderen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/verlaging_valrisico_bij_thuiswonende_ouderen.html); [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie\\_van\\_valincidenten\\_bij\\_ouderen/valrisicobeoordeling\\_ouderen\\_in\\_ziekenhuis.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html)

Het is belangrijk regionale afspraken te maken met de ketenpartners waar en wanneer de verschillende onderdelen van de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling zoals beschreven in de aanbeveling van de richtlijn,<sup>[1][12]</sup> plaatsvinden en wie (voor welk onderdeel) eindverantwoordelijk is. In de acute situatie op de SEH is minimaal een inschatting noodzakelijk van de aanwezigheid van een onderliggende acute aandoening (neurologisch, cardiaal, internistisch, maar ook atypische ziektepresentatie bij bijvoorbeeld een infectie) en/of een medicatiebijwerking.

## **Verbeterdoel**

### **Dit verbeterdoel beoogt:**

- 1 Het stimuleren van het hebben van beleid op de spoedeisende hulp (SEH) voor:
  - a. signalering van valrisico (bij presentatie als gevolg van een val) en vervolgens
  - b. multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling
  - c. en regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling;
- 2 Het stimuleren van het tijdig en adequaat signaleren van veranderingen in de incidentie van valincidenten tijdens opname;
- 3 Het stimuleren van een multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname.

### **Reflectie instelling**

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

De instelling dient op alle bovengenoemde onderdelen te reflecteren voor de drie minimale onderdelen. Bij voorkeur door middel van toepassing van de onderstaande hulpmiddelen.

### **Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:**

- 1 De instelling beschikt over beleid op de SEH met betrekking tot het signaleren van presentatie als gevolg van een val (met of zonder wegraking) en over een werkwijze (zorgpad/protocol) met betrekking tot de hierop volgende multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling met daarin regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling hierbij;
- 2 De instelling heeft geborgd dat veranderingen in incidentie van valincidenten tijdens opname tijdig en adequaat worden gesignaleerd;
- 3 De instelling heeft de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname geborgd.

### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Het verbeterdoel heeft betrekking op alle particuliere klinieken die zorg verlenen aan mensen met een verhoogd valrisico. Dit betreft in ieder geval ouderen (vanaf 70 jaar), maar omdat het valrisico ook verhoogd kan zijn bij specifieke groepen van jongere patiënten met comorbiditeit, is het aan te bevelen om ook voor deze groepen beleid te formuleren op het gebied van valpreventie. Voor de hulpmiddelen is een leeftijdsgrens van 70 jaar aangehouden (conform VMS) als minimum scenario, individuele instellingen kunnen ook een lagere leeftijdsgrens hanteren bij gebruik van het hulpmiddel.

### **Richtlijn of norm**

- Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (2017)
- Privé-valongevallen bij ouderen. Ongevals cijfers 2018. Veiligheid.nl (2018): <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/valpreventie-bij-ouderen>
- Healey F, Scobie S, Oliver D, et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. Qual Saf Health Care. 2008 Dec;17(6):424-30;
- VMS veiligheidsprogramma kwetsbare ouderen (2012): <https://www.vmszorg.nl/kwetsbare-ouderen/>.
- World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. 2022<sup>14</sup>



### **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een

<sup>14</sup> [World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults: A Global Initiative | British Geriatrics Society \(bgs.org.uk\)](#)

instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst.

De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

#### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.

#### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

Valrisico op de SEH:

Wordt er bij patiënten  $\geq 70$  jaar die op de SEH komen in het (elektronisch) patiëntendossier altijd vastgelegd of er sprake is van SEH presentatie ten gevolge van een val en/of wegraking? Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:
- Indien ja: Bij hoeveel patiënten is in het dossier vastgelegd of er sprake is van een SEH-presentatie ten gevolge van een val (met of zonder wegraking)?
- Teller: aantal bezoeken van patiënten  $\geq 70$  jaar op de SEH waarbij in het dossier is vastgelegd of er sprake is van een val (met of zonder wegraking)
- Noemer: aantal bezoeken van patiënten  $\geq 70$  jaar op de SEH

Is er op de SEH een protocol voor multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling waarin (regionale) afspraken zijn opgenomen over uitvoering en taakverdeling? Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:

Registratie valincidenten tijdens opname in een ziekenhuis of kliniek:

Registreert u voor alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder de valincidenten? Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:
- Indien ja: Hoeveel valincidenten zijn opgetreden tijdens opname in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten  $\geq 70$  jaar per 1000 opnamedagen?
- Berekening:  
Aantal valincidenten bij patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar: (a) Aantal opnamedagen van patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar/1.000: (b) Aantal valincidenten per 1000 opnamedagen (a/b):

Registreert u voor alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder de valincidenten met letsel?<sup>[23]</sup> Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:
- Indien ja: Hoeveel valincidenten met letsel zijn opgetreden tijdens opname in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten  $\geq 70$  jaar per 1000 opnamedagen?
- Berekening:  
Aantal valincidenten met letsel bij patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar (a) Aantal opnamedagen van patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar/1000: (b)<sup>[24]</sup> Aantal valincidenten met letsel per 1000 opnamedagen (a/b):  
Multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname in een ziekenhuis of kliniek

Is er in de kliniek een protocol voor multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling waarin alle vereiste elementen zijn opgenomen (zie richtlijn) Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:

Bij hoeveel procent van de patiënten  $\geq 70$  jaar met een positieve screening op valrisico heeft een multifactoriële valrisicobeoordeling plaatsgevonden?

- Berekening:  
Teller: aantal patiënten  $\geq 70$  jaar met een positieve screening op valrisico<sup>[25]</sup> en bij wie een multifactoriële valrisicobeoordeling zoals geadviseerd in de richtlijn heeft plaatsgevonden en is vastgelegd.  
Noemer: patiënten  $\geq 70$  jaar met een positieve screening op valrisico
- Bijsteekproef:  
Populatiegrootte: N=  
Selectiecriteria:



## Definitie(s)/Toelichting(en)

Multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling: deze omvat minimaal de volgende risicofactoren: mobiliteit, medicatie, vitamine D, valangst, cognitie, visus, cardiovasculaire aandoeningen inclusief orthostase, omgevingsfactoren; en bij voorkeur ook: stemming, incontinentie, gehoor, ADL/IADL, schoeisel/voetproblemen, comorbiditeit (inclusief acute ziekten), alcohol en voedingstoestand;<sup>[16][17][18]</sup>

Vallen/valincident: een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau;

Ketenpartners: betrokken disciplines in de keten die bijdragen aan de multifactoriële valrisico-beoordeling en behandeling, zoals onder andere ziekenhuisspecialisten, huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en apothekers.



## Werkgroep

Prof. Dr. N. van der Velde, klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), (voorzitter);

Prof. dr. M.H. Emmelot-Vonk, klinisch geriater, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG); Dr. J.H.W. Rutten, internist, namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV);

Prof. dr. W.F. Lems, reumatoloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR);

H. Habets, verpleegkundige/verplegingswetenschapper namens de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN Geriatrie & Gerontologie).

Met ondersteuning van:

Dr. M.A. Pols, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.



## Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)

### Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies

In Nederlandse instellingen worden vrijheidsbeperkende interventies (VBI) toegepast. Fysieke ofwel mechanische fixatie wordt frequent toegepast in instellingen, doorgaans in situaties waarbij de veiligheid van de patiënt (zoals valrisico) of die van anderen (zoals door agressief gedrag) in het gedrang komt en/of waarbij er risico is op onderbreking van levensnoodzakelijke behandeling. De uitvoering van VBI kan (grote) gezondheidsrisico's met zich meebrengen en psychische en/of fysieke schade veroorzaken. Het toepassen van VBI moet dan ook tot een minimum beperkt worden en voldoen aan de criteria van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid. Uit de data destijds van de kwaliteitsindicator VBI blijkt landelijk sprake te zijn van een grote spreiding in het aantal patiënten én het percentage opgenomen patiënten waarbij een zware VBI (score 5) is toegepast.

Met dit verbeterdoel wordt uw instelling gevraagd de inzet van zware VBI (score 5) te evalueren en u wordt uitgedaagd om de inzet van zware VBI (score 5) terug te dringen. Deze uitdaging is een dynamisch en cyclisch verbeterproces, een *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus, waarbij het startpunt in instellingen aanzienlijk kan verschillen, zoals de grote spreiding suggereert. Het verschil in startpunt nodigt uit om contact te zoeken met andere instellingen om van elkaar te leren.



## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

Het terugdringen van zware VBI (score 5) met als resultaat reductie van gezondheidsrisico's en verbetering van patiënt veiligheid. Voor dit verbeterdoel geldt de V&VN 'Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? Nee, tenzij...' als norm.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

- 1 Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
- 2 Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?

- 3 Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
- 4 Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

#### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- Visie, beleid en ambitie inzake preventie van VBI, danwel het weloverwogen inzetten van VBI, met als primaire focus het voorkomen van inzet van zware VBI (score 5);
- Reflectie op de wijze waarop preventieve maatregelen worden ingezet om de inzet van (zware) VBI te voorkomen;
- Reflectie op de wijze waarop multidisciplinaire besluitvorming over de inzet van (zware) VBI is vormgegeven in de instelling;
- Leren van en samenwerken met andere instellingen;
- Stimuleren van leren en verbeteren door zorgverleners, inclusief voorbeelden vanuit de praktijk.

#### Inclusie- en exclusiecriteria

##### Inclusiecriteria:

- Alle in de instelling opgenomen patiënten  $\geq 16$  jaar, inclusief de spoedeisende hulp (SEH).
- Als dwangmaatregel conform de Wet verplichte GGZ.
- Als onvrijwillige zorg conform de Wet zorg en dwang (in het geval de onvrijwillige zorg reeds is opgenomen in het zorgplan van de patiënt, die door een andere zorgaanbieder is opgesteld).

##### Exclusiecriteria:

- Chemische VBI; gedragsbeïnvloeding d.m.v. medicatie.

#### Richtlijn of norm

V&VN Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? Nee, tenzij...

#### Aanbevelingen voor VBI-beleid in ziekenhuizen:

- 1 Formuleer een visie op het gebruik van VBI;
- 2 Ontwikkel VBI-beleid met de nadruk op preventie;
- 3 Ontwikkel een beleid met betrekking tot multidisciplinaire besluitvorming rondom het terugdringen van VBI;
- 4 Bevorder een open cultuur, bewustwording en veilige omgeving;
- 5 Bevorder en onderhoud de deskundigheid van de zorgprofessionals;
- 6 Stimuleer tijdig patiënt- (en/of diens wettelijk vertegenwoordiger) en familie participatie;

- 7 Ontwikkel en implementeer een registratiesysteem voor VBI;
- 8 Stel financiële middelen beschikbaar.



#### Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/ beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

#### Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

#### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens uit het EPD en/of het kwaliteitsmanagement systeem;
- SWOT-analyse met verbeterplan;
- Scholings- en intervisie mogelijkheden;
- Samenwerking met andere instellingen om van elkaar te leren;
- Spiegelinformatie en bespreken met patiënten;
- Casuïstiek.



#### Definitie(s)/Toelichtingen

VBI: vrijheidsbeperkende interventies zijn interventies die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van patiënten.

Preventieve interventies: zijn interventies die worden ingezet en toegepast als er een kans bestaat dat de patiënt risicogedrag kan gaan vertonen maar nog geen symptomen vertoont. Het doel is het ontstaan van risicogedrag(-ingen) van de patiënt te reduceren. Bij het toepassen van een preventieve interventie wordt de patiënt niet in zijn vrijheid beperkt.

Alternatieve interventies: Alternatieve interventies worden ingezet en toegepast als een patiënt één of meer symptomen van risicogedrag vertoont. Het doel is (de toename van) het risicogedrag te reduceren of stabiliseren. Bij het toepassen van een alternatieve interventie wordt de patiënt niet in zijn vrijheid beperkt.

Milde VBI: een milde VBI wordt ingezet wanneer het risico op gevaar te groot is om te accepteren maar te klein is om een patiënt fysiek te fixeren (VBI scores 1-4).

Zware VBI: De zware VBI worden als laatste redmiddel ingezet wanneer de milde(re) VBI onvoldoende doeltreffend blijken. Onder deze zware interventies vallen de mechanische/fysieke fixatie (VBI score 5).

VBI wordt in vijf scoregroepen onderverdeeld:

- VBI score 1: belmat/bedsensor, bewegingsalarm/bewegings-sensor, extra laag bed, opsta alarm, verlaten kamer alarm, onvrijwillige halve beddekken;
- VBI score 2: akoestische bewaking (in of uitluistersysteem/microfoon);
- VBI score 3: arm- en/of beenspalk, cameratoezicht, rolkussen/bedpositioneringskussen, veiligheidshandschoen, wigvormig kussen/kantelkussen;
- VBI score 4: onvrijwillige beddekken, beschermhelm, tentbed, tafelblad/rolstoelblad;
- VBI score 5: pols- en/of enkelbanden, onrustband, stoelfixatie, verpleegdeken.

Proportionaliteit: de interventie staat in duur en omvang in redelijke verhouding met de aanleiding (bijvoorbeeld het toepassen van een zware VBI bij een patiënt die wild om zich heen slaat is meer gegrond dan bij een rustige delirante patiënt).

Subsidiariteit: de interventie is de minst ingrijpende keuze (bijvoorbeeld: een patiënt die zijn maagsonde verwijdert wordt niet met polsbanden gefixeerd, maar krijgt een armpalk).

Doelmatigheid: de interventie is het meest geschikt om het gestelde doel te bereiken (bijvoorbeeld het doel van de interventie is de patiënt rustig te laten worden en niet het personeel te ontlasten).



### Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2020/2021 en wordt jaarlijks aan het nieuwe format aangepast ten behoeve van Verbeterdoelen MSZ.

V&VN Geriatrie & Gerontologie	Esther Burgers – Mulder, MSc (voorzitter)
V&VN Consultatieve Psychiatrie	Marit van der Zwan - van Klaveren
V&VN Consultatieve Psychiatrie	Lia Moesker
V&VN Neuro & Revalidatie	Liesbeth Henselmans
V&VN Mariëlle Sijmkens V&VN NVKG	Petra van der Linden drs. Laura van Geffen



[verbeterdoelenmsz@igj.nl](mailto:verbeterdoelenmsz@igj.nl)

**Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.**